

Brzemie małżonków osób chorujących na depresję nawracającą lub chorobę afektywną dwubiegunową

Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder

Joanna Borowiecka-Karpiuk¹, Dominika Dudek², Marcin Siwek²,
Rafał Jaeschke²

¹ Zespół Leczenia Środowiskowego – Specjalistyczny Szpital im. dr. J. Babińskiego w Krakowie
Kierownik: lek. K. Wrzesień

² Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. D. Dudek

Summary

Objective. The objective of this study was to investigate the relationship between the burden level of spouses of patients in the symptomatic remission state of the major depressive disorder (MDD; 60 patients) or bipolar disorder (BD; 65 patients) and coping styles.

Methods. The Involvement Evaluation Questionnaire was used to assess the burden magnitude. Coping styles were evaluated by the Coping Inventory for Stressful Situation. Information concerning patients' clinical histories, a marriages characteristics and sociodemographic data were obtained from a structured clinical interview.

Results. There were significant levels of the perceived burden in spouses of patients with either BD or MDD. In both groups the burden level was significantly higher for spouses with worse appraisal of the marital adjustment and functioning. A positive correlation between higher perceived level of burden and emotion-focused coping style was found in both groups. For the problem-oriented coping style a negative correlation with the perceived burden level was found in the BD group only. The quality of 'current sexual satisfaction' was significantly lower among the spouses of BD patients. The sense of illness-driven deterioration of the quality of their sexual lives implied higher level of total and objective burden of spouses in the MDD sample. This was not the case among the spouses of patients diagnosed with BD.

Conclusions. Spouses of patients with affective disorders should be offered with opportunities of training in more effective methods of coping (including problem-solving methods) with an illness of a family member, in order to decrease the level of burden.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, choroba afektywna jednobiegunowa, brzemie małżonków

Key words: bipolar disorder, major depressive disorder, spousal burden

Wstęp

Brzemie rodziny jest problemem wielowymiarowym. Najczęściej opisuje się je w kategoriach wpływu, jaki sytuacja choroby wywiera na opiekuna chorego, oraz w kontekście jego następstw emocjonalnych, psychologicznych, fizycznych i ekonomicznych [1, 2]. Jest to poważna trudność, z którą mierzą się partnerzy osób cierpiących na zaburzenia afektywne, którzy są najczęściej głównymi opiekunami osób chorujących.

Perlick i wsp. [3] zauważyli, że małżonkowie osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD) doświadczali większego obciążenia w porównaniu z innymi krewnymi oraz członkami rodziny generacyjnej. Taka sytuacja miała miejsce również w przypadku opiekunów pacjentów z innymi zaburzeniami afektywnymi [3–6]. Dotyczy to także problemów związanych z symptomami podprogowymi ChAD, m.in. utrzymującym się pewnym poziomem cierpienia, wycofaniem społecznym, zmianami w pełnieniu ról społecznych czy zawodowych oraz lękiem przed kolejnymi nawrotami choroby afektywnej [7]. Jednakże dane na temat swoistych problemów związanych z brzemieniem małżonków w tym okresie i obszarze diagnostycznym są rzadkością.

W badaniach nad brzemieniem rodziny coraz więcej uwagi zwraca się na możliwości i sposoby radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z życia wspólnie z członkiem rodziny cierpiącym na zaburzenia psychiczne (w tym zaburzenia afektywne) [8]. Odwołując się do psychologicznego konstruktu radzenia sobie (coping), poziom postrzeganego brzemienia jest wypadkową interakcji pomiędzy własną oceną wymagań, jakie należy spełniać, swoich możliwości i zasobów do radzenia sobie z nimi a stosowanymi strategiami i stylami radzenia sobie ze stresem. Styl ten jest indywidualną tendencją do korzystania ze swoistych strategii w różnych sytuacjach stresowych. Innymi słowy, jest to zwyczaj używania zestawu określonych strategii, które niwelują stres lub zmniejszają jego nasilenie. Wyróżniamy styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu (SZ) – charakterystyczny dla osób, które w trudnych sytuacjach wykazują tendencję do planowania i podejmowania zadań oraz wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, styl skoncentrowany na emocjach (SE) – polegający na koncentracji na własnych przeżyciach emocjonalnych, myśleniu życzeniowym i fantazjowaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SU) – u osób wystrzegających się, unikających doświadczania, myślenia i przeżywania sytuacji stresowej [9–12].

Celem niniejszej pracy było zbadanie zależności między poziomem brzemienia małżonków osób cierpiących na chorobę afektywną jednobiegunową (ChAJ) lub chorobę afektywną dwubiegunową w okresie remisji a stylami radzenia sobie ze stresem stosowanymi zarówno przez samych małżonków, jak i pacjentów. Przeanalizowano również zależność między poziomem satysfakcji seksualnej w małżeństwie a wielkością brzemienia małżonków.

Material i metoda

W badaniu wzięło udział 60 par małżeńskich, w których jedna z osób cierpiała na ChAJ, oraz 65 par, w których jeden z małżonków chorował na ChAD. Do udziału w badaniu zapraszano pacjentów Poradni Zaburzeń Afektywnych.

Dane dotyczące historii choroby pacjenta, charakterystyki małżeństwa oraz czynników społeczno-demograficznych uzyskano w ramach ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego. Nasilenie objawów zaburzeń afektywnych w czasie przeprowadzania badania oceniano za pomocą 17-punktowej skali depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS₁₇, próg diagnostyczny: 7 pkt.) [13] oraz skali manii Younga (Young Mania Rating Scale – YMRS, próg diagnostyczny: 6 pkt.) [14]. Oceniając poziom brzemienia małżonków (a także jego wymiary i podwymiary) używano Kwestionariusza Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire – IEQ) [15–17]. Style radzenia sobie ze stresem (zarówno pacjentów, jak i ich małżonków) określano na podstawie Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Coping Inventory for Stressful Situations – CISS), w którym wyróżniono trzy style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach oraz skoncentrowany na unikaniu [18–20].

Wyniki badania zależności pomiędzy brzemieniem a stylem radzenia sobie ze stresem analizowano na dwa sposoby. Po pierwsze na podstawie rezultatu uzyskanego w CISS wskazywano dominujący styl radzenia sobie ze stresem i porównywano poziom brzemienia pomiędzy grupami z różnymi stylami radzenia sobie. Po drugie przeprowadzono analizę korelacji wyników IEQ oraz punktacji CISS, określających preferencję do stosowania danego stylu radzenia sobie.

Do analizy statystycznej danych zostały wykorzystane oprogramowania Statistica (wersja 6.0 i 8.0) [21].

Badanie przeprowadzono w latach 2007–2009. Każdy pacjent był badany tylko raz w czasie trwania badania.

Kryteria włączenia

Do badania zostali włączeni:

- pacjenci w wieku 18–65 lat, wyrażający świadomą zgodę na udział w badaniu, z rozpoznaniem ChAJ lub ChAD spełniających kryteria ICD-10, z remisją objawów,
- małżonkowie w wieku 18–65 lat, wyrażający świadomą zgodę na udział w badaniu, niekorzystający z leczenia psychiatrycznego obecnie i w przeszłości, wspólnie mieszkający z chorującym małżonkiem.

Kryteria wyłączenia

Kryterium wyłączenia z badania były: niewyrażenie zgody na udział w badaniu, uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem nikotyny), rozpoznanie otępienia, niedorozwój umysłowy lub poważne choroby somatyczne bądź neurologiczne.

Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup

W badaniu wzięło udział 125 par małżeńskich. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu zatrudnienia ani dochodu w przeliczeniu na członka rodziny. Płeć była jedynym czynnikiem socjodemograficznym różnicującym badane populacje, jednak wyniki te pozostają zgodne z danymi epidemiologicznymi dla ChAJ i ChAD [22].

Zestawienie najważniejszych danych socjodemograficznych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Porównanie wybranych czynników socjodemograficznych między grupami ChAJ i ChAD

	ChAJ		p	ChAD	
	Małżonek	Pacjent		Małżonek	Pacjent
Liczba osób	60	60		65	65
kobiety	15 (25%)	45 (75%)	$p = 0,034^* \text{ }^a$	28 (43,1%)	37 (56,9%)
mężczyźni	45 (75%)	15 (25%)	$p = 0,034^* \text{ }^a$	37 (56,9%)	28 (43,1%)
Wiek	$51,3 \pm 7,1$	$49,6 \pm 7,4$	NS ^b	$48,3 \pm 9,3$	$48,7 \pm 7,9$
kobiety	$48,9 \pm 6,9$	$49,4 \pm 7,7$	NS ^b	$46,8 \pm 9,1$	$48,3 \pm 7,9$
mężczyźni	$52,1 \pm 7,1$	$50,4 \pm 6,6$	NS ^b	$49,4 \pm 9,5$	$49,3 \pm 7,9$
Wykształcenie					
wyższe	14 (23,3%)	11 (18,4%)	NS ^a	16 (24,6%)	15 (23,1%)
średnie	42 (70,0%)	47 (78,3%)	NS ^a	47 (72,3%)	48 (73,8%)
podstawowe	4 (6,7%)	2 (3,3%)	NS ^a	2 (3,1%)	2 (3,1%)
Miejsce zamieszkania					
miasto $\geq 100\ 000$	27 (45,0%)	27 (45,0%)	NS ^a	27 (41,6%)	27 (41,6%)
miasto $< 100\ 000$	14 (23,3%)	14 (23,3%)	NS ^a	22 (33,8%)	22 (33,8%)
wioska	19 (31,7%)	19 (31,7%)	NS ^a	16 (24,6%)	16 (24,6%)
Status zatrudnienia					
pracujący	45 (75%)	25 (41,7%)	NS ^a	47 (72,3%)	18 (27,7%)
niepracujący	15 (25%)	35 (58,3%)	NS ^a	18 (27,7%)	47 (72,3%)
renta inwalidzka		26			39
Miesięczny dochód na członka rodziny	$171 \pm 107 \text{ €}$		NS	$186 \pm 172 \text{ €}$	

* Różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$), NS – różnica nieistotna statystycznie ($p \geq 0,05$), ^a – wynik testu χ^2 , ^b – wynik testu t-Studenta, ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa, ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa

Wyniki

Brzemie rodziny postrzegane przez małżonków

W obu grupach odnotowano istotny poziom brzemienia. Nie stwierdzono znamien-nych różnic w poziomie brzemienia pomiędzy grupami osób z ChAD lub ChAJ. Nie odnotowano również różnic w wymiarach i podwymiarach brzemienia, z wyjątkiem podwymiaru „nadzorowania” (silniej wyrażonego w grupie ChAD). Jednakże w przy- padku tej kategorii poziom odczuwanego brzemienia nie był istotny (średnia wartość < 1). Największy poziom brzemienia w obu grupach wiązał się z takimi podwymiarami jak „zamartwianie się” (subiektywne) i „motywowanie” (obiektywne). Wiazały się one z obawami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjenta, jego ogólnego stanu zdrowia i leczenia, niepokojem o przyszłość osoby chorej, a także z problemami dotyczącymi zachęcania pacjenta i pomagania mu w dbaniu o siebie oraz z koniecznością kontrolo- wania, czy pacjent stosuje przepisane mu leki i utrzymuje odpowiednią dietę, a także z podejmowaniem za osobę chorującą jej dotychczasowych zadań (tab. 2).

Tabela 2. Porównanie poziomu odczuwanego brzemienia pomiędzy grupami z osobami cierpiącymi na ChAD lub ChAJ

	Średnia wartość w grupie ChAD	SD (grupa ChAD)	Średnia wartość w grupie ChAJ	SD (grupa ChAJ)	p
Brzemie	1,35	0,70	1,19	0,51	0,151
Obiektywne	1,20	0,91	0,99	0,70	0,075
motywowanie	1,62	1,00	1,39	0,82	0,133
nadzorowanie	0,77	0,63	0,58	0,40	0,046*
Subiektywne	1,51	0,72	1,44	0,48	0,618
napięcie interpersonalne	1,12	0,81	1,04	0,48	0,473
zamartwianie się	1,89	0,96	1,85	0,83	0,845

Wyniki testu t-Studenta

* Różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$), ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa, ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa, SD – odchylenie standardowe

Pomiędzy grupami osób z ChAD lub ChAJ (jak również wewnątrz tych grup) nie występowały istotne statystycznie różnice między płciami w zakresie postrzeganego brzemienia. Tym samym nierównomierny rozkład uczestników badania pod wzglę- dem płci (tab. 1) nie wpływał na obserwowany poziom brzemienia. Nie stwierdzono również związku między czynnikami socjodemograficznymi a badanym poziomem odczuwanego brzemienia.

Brzemie małżonków a sposoby radzenia sobie ze stresem

Grupa ChAD

Rozkład dominujących stylów radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z ChAD oraz ich małżonków przedstawia rycina 1.

Średni poziom brzemienia (z wyjątkiem podwymiaru „nadzorowania”) był istotnie wyższy u małżonków z dominującym stylem SE w porównaniu z małżonkami cechującymi się dominującym stylem SZ. Natomiast porównując brzemie małżonków w zależności od dominującego stylu radzenia sobie pacjentów, wyższy poziom obiektywnego brzemienia i jego podwymiaru „motywowania” zaobserwowano u małżonków pacjentów z przewagą stylu SE w porównaniu z pacjentami, u których dominował styl SZ. Nie wykazano istotnej różnicy w odniesieniu do wskaźników brzemienia subiektywnego. Należy też zwrócić uwagę, że u małżonków z dominującym stylem SZ wartości brzemienia obiektywnego i jego podwymiaru „motywowania” oraz „napięcia” w zakresie brzemienia subiektywnego nie osiągnęły tak dużego poziomu, który mógłby stać się źródłem problemów (tab. 3).

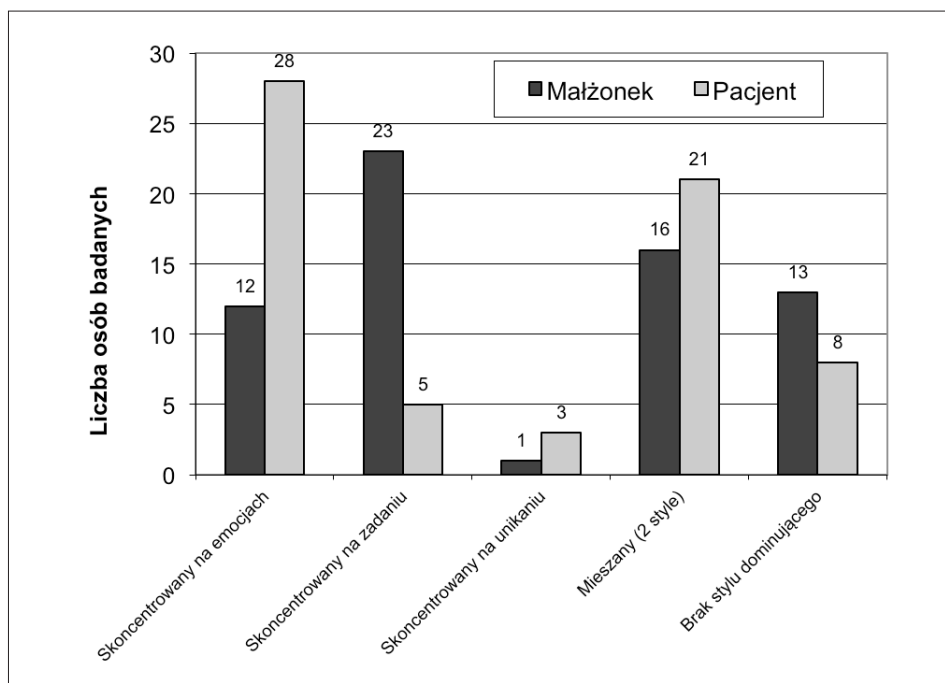
Tabela 3 przedstawia porównanie poziomu brzemienia małżonków w zależności od dominującego stylu radzenia sobie – SZ lub SE – stosowanego przez samych małżonków, jak i pacjentów, w grupie osób cierpiących na ChAD.

Tabela 3. Porównanie poziomu brzemienia małżonków w zależności od dominującego stylu radzenia sobie, SZ lub SE, stosowanego przez samych małżonków, jak i pacjentów (grupa ChAD)

	Małżonek			Pacjent		
	SZ	SE	p	SZ	SE	p
Brzemie	1,03 ± 0,7	2 ± 0,41	< 0,001*	1,21 ± 1,59	0,55 ± 0,69	0,252
Obiektywne	0,91 ± 0,87	1,67 ± 0,54	0,003*	0,55 ± 1,44	0,46 ± 0,77	0,009*
nadzorowanie	1,17 ± 0,97	2,43 ± 0,63	< 0,001*	0,7 ± 1,98	0,45 ± 0,99	0,008*
motywowanie	0,66 ± 0,77	0,92 ± 0,45	0,296	0,4 ± 0,89	0,47 ± 0,55	0,071
Subiektywne	1,19 ± 0,83	2,3 ± 0,71	< 0,001*	1,86 ± 1,76	0,88 ± 0,89	0,785
napiecie	0,81 ± 0,75	1,93 ± 0,74	< 0,001*	1,56 ± 1,36	0,98 ± 0,79	0,629
zamartwianie się	1,57 ± 0,91	2,68 ± 0,68	0,001*	2,17 ± 2,17	0,78 ± 0,98	1

* Różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$), SE – styl skoncentrowany na emocjach, SZ – styl skoncentrowany na zadaniu

W całej grupie małżonków pacjentów z ChAD stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy poziomem brzemienia a preferencją stosowania przez nich stylu emocjonalnego oraz korelację ujemną z preferencją stosowania przez nich stylu zadaniowego. Zbadano również korelację pomiędzy brzemieniem małżonka a preferencją stosowania swego stylu radzenia sobie przez pacjenta i stwierdzono występowanie dodatniej korelacji pomiędzy poziomem brzemienia małżonka a preferencją stosowania przez pacjenta stylu emocjonalnego.



Rycina 1. Style radzenia sobie dominujące u chorych na ChAD oraz u ich małżonków

Tabela 4 przedstawia współczynniki korelacji między poziomem brzemienia małżonków w grupie ChAD oraz preferencją używania konkretnych stylów radzenia sobie zarówno przez samych małżonków, jak i przez pacjentów.

Tabela 4. Poziomy istotności współczynników korelacji (r Spearmana) pomiędzy poziomem brzemienia małżonków a preferencją stosowania swoistych stylów radzenia sobie zarówno przez samych małżonków, jak i przez pacjentów (grupa ChAD)

Styl radzenia sobie	Małżonek			Pacjent		
	SZ	SE	SU	SZ	SE	SU
Brzemie	-0,002	< 0,001	NS	NS	0,026	NS
Obiektywne nadzorowanie	-0,006	0,037	NS	NS	0,003	NS
motywowanie	NS	NS	NS	NS	< 0,001	0,022
Subiektywne napięcie	-0,003	< 0,001	NS	NS	NS	NS
zamartwianie się	-0,013	0,002	NS	NS	NS	NS

NS – różnica nieistotna statystycznie ($p \geq 0,05$), ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa

Grupa ChAJ

Rozkład dominujących stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów cierpiących na ChAJ i ich małżonków przedstawia rycina 2.

Nie wykazano istotnych różnic w zakresie poziomu brzemienia całkowitego między małżonkami z dominującym stylem SE lub SZ. Także badając poziom brzemienia małżonków w zależności od stylu radzenia sobie pacjentów, SE lub SZ, nie stwierdzono znamiennych różnic w poziomie brzemienia (tab. 5).

Tabela 5. Porównanie poziomu brzemienia małżonków w zależności od dominującego stylu radzenia sobie, SZ lub SE, stosowanego przez samych małżonków, jak i pacjentów (grupa ChAJ)

Styl radzenia sobie ze stresem	Małżonek			Pacjent		
	SZ	SE	p	SZ	SE	p
Brzeźmie	1,05 ± 0,58	1,41 ± 0,32	0,063	1,13 ± 0,56	1,2 ± 0,55	0,803
Obiektywne nadzorowanie	0,87 ± 0,68	1,19 ± 0,45	0,131	0,74 ± 0,45	0,99 ± 0,66	0,402
motywowanie	1,22 ± 1	1,76 ± 0,64	0,111	0,95 ± 0,65	1,46 ± 0,95	0,289
Subiektywne napięcie	0,51 ± 0,36	0,63 ± 0,26	0,347	0,53 ± 0,25	0,53 ± 0,37	0,967
zamartwianie się	1,31 ± 0,66	1,66 ± 0,49	0,055	1,57 ± 0,77	1,48 ± 0,59	0,665
	0,92 ± 0,52	1,3 ± 0,46	0,052	1,31 ± 0,4	0,96 ± 0,49	0,173
	1,7 ± 0,79	2,03 ± 0,52	0,213	1,83 ± 1,15	2 ± 0,69	0,708

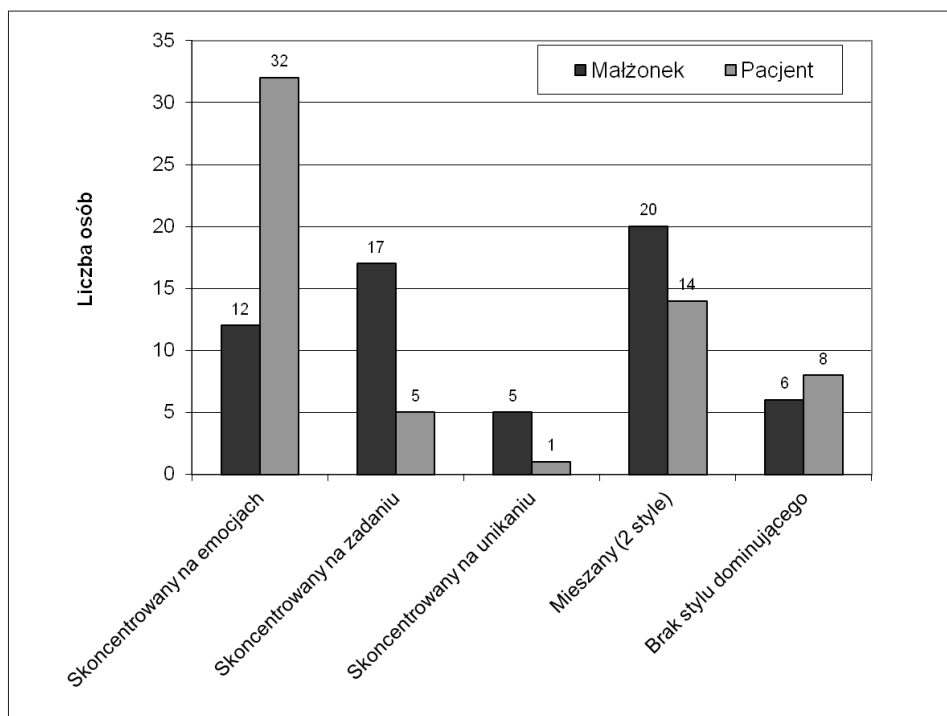
Granica istotności statystycznej: $p < 0,05$, ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa, SE – styl skoncentrowany na emocjach, SZ – styl skoncentrowany na zadaniu

U małżonków pacjentów z ChAJ stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy poziomem brzemienia całkowitego oraz wymiarami subiektywnym i obiektywnym a preferencją stosowania przez nich stylu SE (tab. 6). Nie stwierdzono natomiast korelacji pomiędzy brzemieniem małżonka a preferencją stosowania stylu SE lub SZ przez pacjenta.

Tabela 6. Poziomy istotności współczynników korelacji (r Spearmana) pomiędzy poziomem brzemienia małżonków a preferencją stosowania swoistych stylów radzenia sobie zarówno przez samych małżonków, jak i przez pacjentów (grupa ChAJ)

Styl radzenia sobie	Małżonek			Pacjent		
	SZ	SE	SU	SZ	SE	SU
Brzeźmie	NS	0,023*	NS	NS	NS	NS
Obiektywne nadzorowanie	NS	0,047*	NS	NS	NS	NS
motywowanie	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Subiektywne napięcie	NS	0,039*	NS	NS	NS	NS
zamartwianie się	NS	0,020*	NS	NS	NS	NS
	NS	NS	NS	NS	NS	NS

* Różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$), NS – różnica nieistotna statystycznie ($p \geq 0,05$), ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa



Rycina 2. Style radzenia sobie dominujące u chorych na ChAJ oraz u ich małżonków

Brzemie małżonków a poziom ich satysfakcji seksualnej

Przeanalizowano również zależność między wielkością brzemienia a satysfakcją seksualną w związku małżeńskim.

Partnerzy oceniali ogólne poczucie własnej satysfakcji seksualnej w skali 0–100. Ocena dotyczyła zarówno obecnej satysfakcji seksualnej, jak i satysfakcji seksualnej w przeszłości.

Małżonkowie oceniali również swoisty wpływ występowania ChAD lub ChAJ u partnerów na jakość relacji seksualnych. Na podstawie kryterium poczucia zmiany jakości życia seksualnego, jako następstwo rozwinięcia się zaburzenia afektywnego u partnera, przeprowadzono stratyfikację badanych grup.

Grupa ChAD

Średni poziom satysfakcji seksualnej w przeszłości odczuwanej przez małżonków pacjentów z ChAD wynosił $77,8 \pm 16,8$ pkt., natomiast szacunkowy poziom obecnej satysfakcji seksualnej wynosił $38,8 \pm 30,1$ pkt., co wskazuje na znaczne pogorszenie jakości życia seksualnego w następstwie rozwinięcia się ChAD u partnera. Niemniej

jednak nie wykazano związku między odczuwanymi zmianami w jakości satysfakcji seksualnej a poziomem ogólnego brzemienia lub jego wymiarami (tab. 7).

Grupa ChAJ

Średni poziom satysfakcji seksualnej w przeszłości odczuwanej przez małżonków osób z rozpoznaniem ChAJ wynosił $83,2 \pm 17,6$ pkt., podczas gdy średnia jakość obecnej satysfakcji seksualnej wynosiła $50,5 \pm 29,6$ pkt. Zaobserwowano istotnie wyższe wskaźniki zarówno ogólnego, jak i obiektywnego brzemienia wśród tych małżonków osób z ChAJ, którzy stwierdzili, że choroba ich partnerów wpływa na poziom satysfakcji seksualnej (tab. 7).

Tabela 7. Porównanie średniego poziomu odczuwanego brzemienia pomiędzy małżonkami, którzy nie odczuli zmiany jakości satysfakcji seksualnej związanej z chorobą, a tymi, którzy odczuli taką zmianę

	„Czy rozwinięcie się choroby u partnera/partnerki wpłynęło na jakość przeżywanej przez Pana/Panią satysfakcji seksualnej?”		p
	Tak	Nie	
Grupa ChAD	N = 44	N = 21	
IEQ brzemień całkowite (SD)	$1,4 \pm 0,7$	$1,3 \pm 0,6$	0,590
IEQ brzemień obiektywne (\pm SD)	$1,2 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,7$	0,742
motywowanie	$1,6 \pm 1,0$	$1,6 \pm 0,9$	0,965
nadzorowanie	$0,8 \pm 0,7$	$0,7 \pm 0,5$	0,391
IEQ brzemień subiektywne (\pm SD)	$1,6 \pm 0,9$	$1,4 \pm 0,7$	0,532
napięcie interpersonalne	$1,2 \pm 0,9$	$1,0 \pm 0,7$	0,311
zamartwianie się	$1,9 \pm 1,0$	$1,8 \pm 0,8$	0,815
Grupa ChAJ	N = 36	N = 24	
IEQ całkowite brzemień (\pm SD)	$1,3 \pm 0,6$	$1,0 \pm 0,4$	0,032*
IEQ brzemień obiektywne (\pm SD)	$1,1 \pm 0,6$	$0,8 \pm 0,4$	0,011*
motywowanie	$1,6 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,7$	0,011*
nadzorowanie	$0,7 \pm 0,5$	$0,5 \pm 0,2$	0,054
IEQ brzemień subiektywne (\pm SD)	$1,5 \pm 0,6$	$1,3 \pm 0,4$	0,257
napięcie interpersonalne	$1,1 \pm 0,5$	$0,9 \pm 0,4$	0,051
zamartwianie się	$1,9 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,8$	0,653

Wyniki testu t-Studenta.

* Różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$), ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa, ChAJ – choroba afektywna jednobiegunowa, IEQ – Kwestionariusz Oceny Zaangażowania, SD – odchylenie standardowe

Omówienie wyników

Brzemie małżonków pacjentów z zaburzeniami afektywnymi

Poziom brzemienia, szczególnie w zakresie brzemienia subiektywnego, odczuwanego przez małżonków pacjentów podczas okresu remisji objawów, jest znaczący. Jednocześnie nie wykazano statystycznie istotnych różnic między grupami ChAD i ChAJ w poziomie brzemienia małżonków ani w jego obiektywnych i subiektywnych wymiarach w tym okresie przebiegu choroby. Wyniki te są częściowo zgodne z badaniem Chakrabartiego i wsp. [5], którzy również odnotowali znaczący poziom brzemienia wśród krewnych pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Jednak dodatkowo w ich badaniu ChAD wiązała się z większym poziomem brzemienia niż ChAJ. Różnicę tę próbował wyjaśnić Post [23], według którego może ona wynikać z charakterystycznych cech ChAD: wcześniejszego początku choroby, częstszego występowania epizodów zaburzeń afektywnych, dłuższego całkowitego czasu trwania nasilonych objawów oraz większego ryzyka samobójstwa. Jednak żadne z powyższych badań nie dotyczyło okresu remisji objawowej. Dostępnych jest też niewiele badań na temat brzemienia doświadczanego przez członków rodzin pacjentów z chorobami afektywnymi w okresie remisji. W jednej z nielicznych prac poświęconych temu zagadnieniu Reinales i wsp. [7] wykazali, że w okresie remisji mogą utrzymywać się różne czynniki związane z chorobą, między innymi zmiana w pełnieniu ról, wycofanie społeczne czy lęk przed ponownym zachorowaniem, które mają wpływ zarówno na pacjentów, jak i na ich opiekunów.

Wyniki niniejszej pracy sugerują, że brzemie rodziny nie wiąże się z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi, co jest zgodne z wnioskami płynącymi z prac Baronet [24], Chaddy i wsp. [25] oraz Reinales i wsp. [6]. Z drugiej jednak strony Möller-Leimkühler i Obermeier stwierdzili, że brzemie u opiekunów pacjentów chorujących na depresję zależy od płci i jest większe u kobiet [26].

Brzemie małżonków a styl radzenia sobie

W niniejszym badaniu wykazano, że stosowanie stylu emocjonalnego przez małżonków pacjentów wiązało się z wyższym poziomem brzemienia zarówno w grupie ChAD, jak i ChAJ niż w przypadku stosowania innych stylów. Zarazem w grupie ChAD styl SE wiązał się z wyższym poziomem brzemienia małżonków (zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym) niż w grupie ChAJ. Poziom brzemienia subiektywnego oraz obiektywnego był niższy u tych małżonków chorych na ChAD, którzy stosowali styl zadaniowy. Nie wykazano związku między stylem unikowym a poziomem brzemienia małżonków.

Natomiast biorąc pod uwagę styl radzenia sobie samych pacjentów, wyższy poziom brzemienia wiązał się ze stosowaniem stylu SE przez chorych na ChAD. Związku takiego nie zaobserwowano w grupie ChAJ. W żadnej z badanych grup nie wykazano też zależności między poziomem brzemienia małżonków a stosowaniem przez pacjentów stylu SZ lub SU.

Otrzymane wyniki są częściowo spójne z wnioskami przedstawionymi przez Chakrabartiego i Gill [27], którzy jednak badali nie style, ale strategie radzenia sobie ze stresem. Zauważyli oni, że korzystanie ze strategii, w ramach których osoby koncentrują się na zadaniu i rozwiązywaniu problemów (np. poszukiwanie informacji na temat choroby, dbałość o dobrą komunikację z pacjentem i większe zaangażowanie w relacje społeczne), prowadzi do obniżenia poziomu obciążenia opiekuna. Porównując opiekunów pacjentów z ChAD oraz opiekunów osób chorujących na schizofrenię, stwierdzono, że osoby troszczące się o pacjentów z ChAD były bardziej skłonne korzystać ze „zdrowszych strategii” skoncentrowanych na zadaniu i rozwiązywaniu problemów. Z kolei opiekunowie chorych na schizofrenię często stosowali strategie skoncentrowane na emocjach. Takie różnice mogą wynikać z faktu, że opiekę nad osobami z ChAD częściej sprawują ich małżonkowie, natomiast w przypadku pacjentów ze schizofrenią opiekunami częściej są rodzice. Różnica w stosowaniu stylów radzenia sobie pomiędzy tymi grupami diagnostycznymi może wiązać się z bardziej dojrzałym podejściem do problemów związanych z chorobą w relacjach partnerskich (małżeńskich) niż w relacjach rodzic–dziecko [28, 29]. Podobne wnioski odnośnie stosowania stylu emocjonalnego wypływają również z badań opiekunów pacjentów chorych na schizofrenię. Stosowanie strategii emocjonalnych, wywieranie nacisku na pacjenta oraz nadmierny krytycyzm związane były z wyższym poziomem brzemienia opiekunów [30, 31]. Także Scazufca i Kuipers [32] wskazali, że ci spośród opiekunów osób z chorobami psychicznymi, którzy radzą sobie poprzez skupianie się na realizacji zadania i rozwiązywaniu problemów, doświadczają mniejszego obciążenia niż osoby stosujące sposoby radzenia sobie skoncentrowane na emocjach i unikaniu. Z drugiej jednak strony po przeprowadzeniu badania z udziałem opiekunów chorych na ChAD lub schizofrenię Chadda i wsp. [25] stwierdzili, że stosowanie strategii skoncentrowanych na unikaniu wykazuje pozytywną korelację z wieloma czynnikami brzemienia, między innymi stanem zdrowia psychicznego i fizycznego opiekuna, zmianą relacji partnerskiej i przejmowaniem obowiązków pacjenta. Wykazano także, iż opiekunowie pacjentów chorujących na schizofrenię, którzy potrafią poprawić swoje sposoby radzenia, mogą obniżyć poziom swojego brzemienia [33].

Jakkolwiek zgromadzono liczne dane na temat sposobów radzenia sobie pacjentów z chorobami afektywnymi, to przeprowadzono bardzo niewiele badań dotyczących związków pomiędzy stosowanymi przez tych pacjentów stylami radzenia sobie a poziomem brzemienia ich opiekunów. Goossens i wsp. [34] stwierdzili, że w porównaniu z osobami zdrowymi osoby chorujące na ChAD stosują mniej aktywne, a bardziej skoncentrowane na unikaniu style radzenia sobie ze stresem. Mężczyźni łatwiej podejmowali działania, ale ich celem było „przełamanie” wycofania społecznego, podczas gdy kobiety łatwiej wyrażały emocje i szukały wsparcia u innych osób. Pacjentki cierpiące na depresję najczęściej stosowały styl SE, a styl SU obserwowano najrzadziej. Z kolei zdrowe kobiety preferowały styl SZ [35]. Wskazane jest przeprowadzenie większej ilości badań z udziałem osób z chorobami afektywnymi w różnych okresach przebiegu choroby oraz brzemienia ich opiekunów.

Brzemie małżonków a poziom satysfakcji seksualnej

Zarówno ChAD, jak i ChAJ wiązały się z istotnym obniżeniem średniego poziomu satysfakcji seksualnej odczuwanej przez małżonków pacjentów. Podczas gdy badane grupy nie różniły się pod względem poziomu satysfakcji seksualnej w przeszłości, to jakość obecnej satysfakcji seksualnej była istotnie gorsza w grupie ChAD ($p = 0,031$). Ta różnica była jeszcze bardziej widoczna w swoistej podgrupie małżonków, którzy wskazywali, że pogorszenie się ich satysfakcji seksualnej wiązało się z chorobą (ChAD: 28%, ChAJ: 46%, $p = 0,002$).

Niezależnie od subiektywnej opinii małżonków na temat wpływu zaburzeń psychicznych u partnerów na poziom ich satysfakcji seksualnej, mężowie bądź żony pacjentów z ChAD nie różnili się pod względem wielkości całkowitego brzemienia ani jego wymiarów. Jednak małżonkowie osób z rozpoznaniem ChAJ, którzy uważali, że pogorszenie jakości ich życia seksualnego jest wynikiem choroby, cierpieli z powodu wyższego poziomu całkowitego i obiektywnego brzemienia (zwłaszcza w podwymiarze „motywowania”). W obu grupach (ChAD i ChAJ) małżonkowie, którzy postrzegali zaburzenia jako przyczynę pogorszenia się ich satysfakcji seksualnej, doświadczali podobnego obciążenia (zarówno w zakresie całkowitego brzemienia, jak i jego wymiarów).

Działania niepożądane leków (zmniejszenie libido lub zwiększenie masy ciała), przekonanie o własnej nieatrakcyjności i/lub wrażenie niewielkiej atrakcyjności partnera, a także ogólne problemy w związku małżeńskim oraz poczucie większego brzemienia mogą przyczynić się do pogorszenia jakości życia seksualnego partnerów osób z zaburzeniami afektywnymi. Problem zmniejszonej satysfakcji seksualnej występuje zarówno podczas remisji, jak i w okresach nawrotów. Poziom satysfakcji seksualnej odczuwany przez małżonków pacjentów z manią jest mniejszy niż w przypadku partnerów osób doświadczających depresji [4, 36, 37].

Ograniczenia metodologiczne

1. Umiarkowana liczba osób badanych.
2. Wykluczenie z badania pacjentów w ostrych epizodach choroby.

Wnioski

Zgodnie z wnioskami płynącymi z niniejszego badania oraz ze współczesnym nurtem badań nad brzemieniem rodziny, istotne wydaje się zaoferowanie małżonkom pacjentów cierpiących na zaburzenia afektywne możliwości uczenia się i doskonalenia umiejętności korzystania z efektywniejszych sposobów radzenia sobie z chorobą afektywną w rodzinie, w tym przypadku nastawionych na rozwiązywanie problemu, co mogłoby przyczynić się do zmniejszenia poziomu brzemienia małżonków.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w odniesieniu do autorstwa i/lub opublikowania niniejszej pracy.

Piśmiennictwo

1. Awad AG, Voruganti LN. *The burden of schizophrenia on caregivers: a review*. Pharmacoeconomics 2008; 26(2): 149–162.
2. Kumar S, Rani U, Jain A, Mohanty S. *Coping with spousal burden in chronic schizophrenia*. Indian J. Soc. Sci. Res. 2010; 7: 90–94.
3. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E. i wsp. *Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder*. Br. J. Psychiatry 1999; 175: 56–62.
4. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. *The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family*. Br. J. Psychiatry 1987; 150: 285–292.
5. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. *Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 86(3): 247–252.
6. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R. i wsp. *Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2007; 9(3): 262–273.
7. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M. i wsp. *What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden*. J. Affect. Disord. 2006; 94(1–3): 157–163.
8. Borowiecka-Kluza J, Miernik-Jaeschke M, Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi – zarys problemu*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 635–646.
9. Carver CS. *Coping*. W: Kazdin EA. red. *Encyclopedia of Psychology*. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. s. 300–305.
10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing 1984.
11. Miller ML, Omens RS, Delvadia R. *Dimensions of social competence: Personality and coping style correlates*. Pers. Individ. Differ. 1991; 12(9): 955–964.
12. Kasperek-Zimowska B, Chądzyńska M. *Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 643–652.
13. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. *A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity*. Br. J. Psychiatry 1978; 133: 429–435.
15. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. *Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(4): 519–527.
16. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vazquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A. i wsp. *Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILON Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. Br. J. Psychiatry Suppl. 2000; 39: s21–s27.
17. van Wijngaarden B, Schene AH. *Cross-national research: caregiver consequences*. Psychiatr. Times 2004; 21(5).
18. Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.; 1990.
19. Endler NS, Parker JD. *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*. J. Pers. Soc. Psychol. 1990; 58(5): 844–854.
20. Strelau J, Jaworska A, Wrześniewski K, Szczepanik P. *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2007.

21. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Statystyki podstawowe*. Kraków: StatSoft; 2006.
22. Piccinelli M, Wilkinson G. *Gender differences in depression. Critical review*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 486–492.
23. Post RM. *The impact of bipolar depression*. J. Clin. Psychiatry 2005; 66(supl. 5): 5–10.
24. Baronet AM. *Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature*. Clin. Psychol. Rev. 1999; 19(7): 819–841.
25. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. *Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42(11): 923–930.
26. Moller-Leimkuhler AM, Obermeier M. *Predicting caregiver burden in first admission psychiatric patients. 2-year follow-up results*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2008; 258(7): 406–413.
27. Chakrabarti S, Gill S. *Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study*. Bipolar disord. 2002; 4(1): 50–60.
28. Ostman M, Hansson L. *The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients*. Scand. J. Caring Sci. 2001; 15(2): 159–164.
29. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. *Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia—a re-examination*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40(4): 329–336.
30. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M. i wsp. *Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998; 33(9): 405–412.
31. Harvey K, Burns T, Fahy T, Manley C, Tattan T. *Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36(9): 456–461.
32. Scazufca M, Kuipers E. *Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission*. Br. J. Psychiatry 1999; 174: 154–158.
33. Kumar S, Rani U, Jain A, Mohanty S. *Coping with spousal burden in chronic schizophrenia*. Indian J. Soc. Res. 2010; 7(1): 90–94.
34. Goossens PJ, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. *Coping styles of outpatients with a bipolar disorder*. Arch. Psychiatr. Nurs. 2008; 22(5): 245–253.
35. Tomczak-Witych A. *Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(3): 491–502.
36. Zięba A, Jawor M, Dudek D. *Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych – przegląd literatury i badania własne*. Psychiatr. Pol. 1996; 30(3): 511–520.
37. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. *Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients*. Bipolar Disord. 2005; 7(5): 431–440.

Adres: Rafał Jaeschke
Zakład Zaburzeń Afektywnych
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 20.03.2014
Zrecenzowano: 29.03.2014
Przyjęto do druku: 1.07.2014